Le Numéro : 15 CENTIMES — 16 Novembre 1895. — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

COURS DE THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE, Première leçon, par le professeur L. LANDOUZY 461

RHINOPLASTIE TOTALE PAR LA MÉTHODE ITALIENNE, procédé de de Græfe, par M. Thomas JONNESCO 464

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Traitements de la tuberculose pulmonaire (aristol, créosotal, nucléine, lumière électrique), par R. ROMME 465

ANALYSES

Bactériologie : Sur les conditions dont dépend la production du poison dans les cultures diphtériques. Moyen simple de préparer une toxine très active, par M. H. SPRONCK 466

Parasitologie : La théorie psorospermique du cancer, par M. CAZIN 466

Anatomie pathologique : Seminium cellulaire dans le carcinome et l'épithéliome et diagnostic de la généralisation par l'examen du sang, par M. G. NEUVEU 466

Médecine expérimentale : Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale. Etude sur la virulence du coli-bacille, par M. Ch. de KLECKI. — De l'action des application chaudes au niveau de la région épigastrique sur les fonctions de l'estomac chez l'homme sain, par M. IDAN POUSCHKINE 466

Médecine : Sur une cause de rechute dans les oreillons, par M.E. ALBERT. — L'acroparesthésie, par M. G. BALLET 467

Chirurgie : Hystérectomie abdominale totale par ligatures. Nouveau procédé, par M. LE BEC. — Hystérectomie vagino-abdominale totale pour grosses tumeurs utérines, par M. A. MOULONGUET 467

Ophtalmologie : Contribution à l'étude de la situation et des fonctions des différents groupes cellulaires du noyau de l'oculo-moteur, par M. O. STUELP 467

Thérapeutique et Matière médicale : Traitement spécifique de l'ankylostomiase par le thymol, par M. Alfredo BRITTO 468

Sérothérapie, Opothérapie : Le streptocoque et le sérum antistreptococcique, par M. A. MARMORECK . . . 468

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de Chirurgie : Extirpation des anévrysmes, M. HEURTEAUX. MM. QUÉNU, KIRMISSON, SCHWARTZ, MARCHAND, QUÉNU, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, KIRMISSON. — Chirurgie du poumon (*suite*), MM. TUFFIER, MICHAUX, DELORME, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, QUÉNU. — Appendicite, M. ROUTIER CLXXV

Société médicale des Hôpitaux : La digestion stomacale après la gastroentérostomie, M. MATHIEU. — Pyopneumothorax avec migration du pus vers la région lombaire, M. GALLIARD. — Présentation de malades, M. CATRIN CLXXVII

Société obstétricale et gynécologique : Affection de la langue chez un nouveau-né, M. PORAK. MM. DURANTE, BAR, PORAK. — Lésions vasculaires de l'utérus dans la métrite, M. PICHEVIN. — Infection péritonéale post-opératoire, MM. PICHEVIN et A. PETIT CLXXVII

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie CLXXVII

FACULTÉ DE MÉDECINE

Anatomie topographique (Cours du chef des travaux). — M. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours le jeudi 21 novembre 1895, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Travaux pratiques de bactériologie. — Un cours de bactériologie médicale pratique commencera le lundi 25 novembre 1895, à 2 heures, au laboratoire de bactériologie de M. le professeur Cornil, sous la direction de M. le Dr CHANTEMESSE. Se faire inscrire au laboratoire auprès de M. le Dr Bezançon, de 2 à 5 heures (Ecole pratique).

HOPITAUX

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Nous croyons savoir que la Société médicale des Hôpitaux, réunie en comité secret, après avoir voté des félicitations à son ancien délégué, M. Millard, atteint par la limite d'âge, a décidé de présenter, en première ligne, au Conseil de surveillance de l'assistance publique, M. le professeur Potain.

Mutations dans les hôpitaux. — Ces mutations ne sont pas définitives. Nous croyons savoir que dans la prochaine séance, de nouveaux changements auront lieu.

MM. Debove, à Beaujon. — Troisier, à Beaujon. — Tapret, à Lariboisière. — Oulmont, à Lariboisière. — Ballet, à Andral. — Hirzt, à Laennec. — Richardière, à Cochin. — Thibierge, à Saint-Antoine. — Lermoyez, à Tenon. — OEttinger, à Saint-Antoine. — Le Gendre, à la Maison municipale de Santé. — Bourcy, à Herold. — Marfan, aux Ménages. — Gilles de la Tourette, à Debrousse. — Béclère, à Aubervilliers. — Giraudeau, à Sainte-Périne.

Amphithéâtre des Hôpitaux. — Une série de bactériologie commencera au laboratoire, le mardi 19 novembre 1895, à 2 heures de l'après-midi sous la direction de M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire. Se faire inscrire au laboratoire pour la mise en série.

Concours de l'externat. — Ont obtenu :

PATHOLOGIE

Séance du 14 novembre.

MM. Romanescu. .	5	MM. Tridon	18
Vivier	14 1/2	Trouvé. . . .	2
Sautriau . . .	3	Roy	13
Rumpelmayer	10	L. Vaillant. .	14 1/2
Surrel	12	Thibault. . .	11
Ruelle	14 1/2		

NOUVELLES

Banquet offert au professeur Tillaux. — Les amis et les élèves de M. le professeur Tillaux lui offrent à l'occasion de sa nomination au grade de commandeur de la Légion d'honneur, un banquet qui aura lieu le mercredi 20 novembre à l'Hôtel Continental.

La cotisation est fixée à 20 francs.

Prière d'adresser les adhésions à MM. les docteurs Walther, 21, boulevard Haussmann, Thiéry, 6, rue de Seine, Rieffel, 11, rue des Archives.

Enseignement professionnel de la mécanique orthopédique, prothétique et herniaire. — La séance solennelle d'ouverture des cours de l'Enseignement professionnel aura lieu le dimanche 17 novembre 1895, à 2 heures de l'après-midi, à la mairie du Ve arrondissement (place du Panthéon) : conférence par M. le Dr BEURNIER, chirurgien des hôpitaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

13 novembre 1895.

De l'extirpation des anévrysmes. — M. Reclus lit une observation envoyée par **M. Heurteaux** (de Nantes). Il s'agit d'un anévrysme poplité que M. Heurteaux traita avec succès par l'extirpation. L'opération fut cependant assez difficile : il y eut une hémorrhagie considérable, et à un moment on pensa à pratiquer sur-le-champ l'amputation de la cuisse. Néanmoins, l'intervention fut menée à bonne fin et la guérison a été rapide et définitive. M. Heurteaux termine en disant que l'extirpation lui paraît être la méthode de choix dans le traitement des anévrysmes.

M. Quénu. Je souscris pleinement à la conclusion de M. Heurteaux, et j'ai moi-même eu recours à l'extirpation pour un double anévrysme de l'iliaque externe droite et de la fémorale gauche que je vous ai présenté il y a deux ans (séance du 29 novembre 1893)[1].

Je mettrai simplement un correctif : c'est qu'il ne faut pas qu'il y ait au-dessus de l'anévrysme extirpé d'autres anévrysmes. En effet, la pression sanguine étant augmentée, il y a à craindre la rupture du sac anévrysmal, comme j'ai eu à le déplorer dans le cas suivant. Un homme de soixante ans était atteint d'anévrysme spontané de la fémorale; l'opération fut facile, la poche étant de moyen volume. Le malade mourut avec des phénomènes de collapsus les jours suivants. L'autopsie nous montra qu'il existait une série d'anévrysmes au niveau de l'iliaque interne et que l'un d'eux s'était rompu, occasionnant la mort.

M. Kirmisson. Je ne puis regarder avec M. Heurteaux l'extirpation d'un anévrysme comme une méthode de choix, et je pense que l'utilité de cette opération dépend d'un certain nombre de conditions. La guérison peut être procurée par la ligature pure et simple. L'observation de M. Heurteaux vient d'elle-même à l'appui de la thèse que je soutiens : l'intervention, en effet, a failli échouer, et l'amputation de cuisse a été un instant discutée. Ce fait prouve donc que l'extirpation est grave et qu'il ne faut pas poser en principe que l'ablation du sac doit être pratiquée dans tous les cas.

M. Schwartz. J'appuie les remarques de M. Kirmisson. Dans deux cas j'ai eu recours à la ligature pour un anévrysme poplité, et la guérison est survenue après solidification du contenu du sac. L'un de mes malades fut traité par la ligature au niveau de l'anneau de Hunter,

2. Voyez *Presse médicale*, 8 décembre 1894, n° 49, p. CLXXVII.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.

DEPUIS QUATRE SIÈCLES : POUGUES est le souverain remède des Affections de l'Estomac.
CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

et l'autre par la ligature juste au-dessus du sac (méthode d'Anel).

Néanmoins, je ne suis pas opposé à l'extirpation, et je dois la pratiquer pour un anévrysme énorme, muni de grosses collatérales et pour lequel la ligature me paraît insuffisante.

En résumé, il faut se conduire d'après les indications, mais en tout cas l'extirpation me paraît être non une méthode de choix, mais une méthode de nécessité.

M. Marchand. Chez un homme de cinquante-huit ans, atteint d'anévrysme poplité gauche et d'anévrysme inguinal droit, j'ai pratiqué d'un côté la ligature à l'anneau et de l'autre la ligature de l'iliaque interne. Mon malade a parfaitement guéri.

M. Quénu. Nous avons tous guéri des malades par la simple ligature, mais je persiste à croire, en me basant sur les statistiques de Delbet[1] et quelques faits que j'ai rassemblés, que la ligature donne une proportion moindre de guérisons que l'extirpation. Aussi, renversant les termes de la proposition de M. Schwartz, je dirai que la ligature est une méthode de nécessité, et l'extirpation une méthode de choix.

M. Lucas-Championnière. La discussion d'aujourd'hui est une de celles qui reviennent de temps en temps et ne me semble pas prouver grand'chose. Je ne puis croire que l'on puisse qualifier de méthode de choix soit la ligature, soit l'extirpation. Tout ce que l'on peut dire, c'est que l'extirpation, qui était une opération détestable il y a quelques années, est devenue aujourd'hui une méthode sérieuse. Mais, si l'extirpation a fait des progrès, la ligature en a fait aussi, si bien que l'une et l'autre de ces deux interventions constituent chacune une excellente opération. Ce n'est qu'en étudiant chaque cas que l'on pourra se décider, en connaissance de cause, à avoir recours soit à l'une soit à l'autre.

M. Kirmisson. Je suis de l'avis de M. Championnière et je pense que les deux méthodes sont applicables, mais j'ai tenu à protester contre les conclusions de M. Heurteaux.

Nouvelle méthode d'exploration chirurgicale du poumon. (Du décollement pleuro-pariétal en chirurgie pulmonaire). — M. Tuffier. L'obstacle principal et l'un des gros dangers qui limitent nos interventions sur le poumon est le pneumothorax. Il semble que le poumon soit si bien défendu anatomiquement par la plèvre qu'il soit impossible de l'explorer sans traverser la cavité pleurale. C'est à tourner cette difficulté que je me suis efforcé, depuis le début de mes études sur cette question.

En 1890, je montrai comment on pouvait profiter du décollement de la plèvre pariétale du plan thoracique pour pratiquer la cure radicale de la hernie du poumon; je fus très étonné de voir avec quelle facilité s'opérait ce décollement pleuro-pariétal. J'avais pu ainsi isoler une grande partie du sommet du poumon et les sensations que donnait l'exploration digitale de ce viscère me paraissaient susceptibles d'applications cliniques. Le 2 juillet 1894, je pus faire une résection du sommet du poumon après avoir décollé toute la plèvre pariétale de ses adhérences au thorax.

Aujourd'hui je viens vous signaler des faits dont l'idée directrice et maîtresse est la même que dans les observations précédentes, mais qui sont d'une application pratique absolument différente et beaucoup plus générale.

Jusqu'à présent dans tous les cas où l'on a attaqué le poumon, on a dû traverser la plèvre, on a bénéficié des adhérences quand elles existaient, on a ouvert sa cavité quand ces adhérences manquaient, créant un pneumothorax qui peut être de la plus haute gravité; or je prétends que l'exploration chirurgicale d'un poumon ne nécessite en aucune façon l'ouverture de la plèvre, et qu'elle peut se faire avec autant de précision et beaucoup plus de sécurité, si l'on veut employer mon procédé de décollement pariétal, qui crée un pneumothorax extra-pleural sans importance. Cette proposition, que je crois absolument nouvelle, s'appuie sur les opérations que j'ai eu l'occasion de pratiquer et sur des recherches anatomiques précises.

Pour explorer le poumon à travers la plèvre pariétale décollée, la première condition est de savoir si ce décollement est possible, dans quelle étendue, dans quelles conditions.

Les observations cliniques m'ont prouvé qu'au sommet du poumon et sur les faces latérales, la séparation de la plèvre pariétale d'avec les côtes et les espaces intercostaux était relativement facile. Plus mon expérience grandit à cet égard, plus je suis bien convaincu du facile isolement de la plèvre. J'ai complété mes recherches cliniques par des recherches cadavériques que M. Desfosses, mon interne, a bien voulu faire. Elles ont consisté à pratiquer des décollements pleuro-pariétaux sur des sujets non injectés adultes ou vieillards, et nous ont montré: 1° que la plèvre pariétale, comme l'anatomie nous l'enseigne, est facile à décoller sans déchirure pour peu que l'on y mette de la précaution et de la patience;

2° qu'il est possible par la résection d'une seule côte dans une étendue de 5 centimètres environ de décoller la plèvre sur le pourtour de l'incision une étendue au moins égale à celle de la main;

3° que les points où la plèvre paraît le plus adhérente sont les bords supérieurs et le bord inférieur des côtes; une fois détachée de ces points, la plèvre se laisse facilement décoller des muscles intercostaux internes et surtout de la face postérieure de la côte;

4° qu'au sommet du poumon la présence des ligaments de Sebileau ne paraît pas mettre obstacle au décollement de la plèvre. Il est facile par une incision parallèle à la 1re côte et après résection de la 2e côte dans une étendue de 3 centimètres environ, de décoller complètement le sommet du poumon, au point de venir toucher directement avec les doigts la face antérieure de la paroi postérieure du thorax au niveau des 1re, 2e et 3e côtes; à la partie interne, le décollement de la plèvre est plus pénible;

5° que le décollement, est plus facile à la partie antérieure du thorax qu'à la partie postérieure, au niveau surtout de l'angle des côtes.

6° La plèvre pariétale étant décollée, le parenchyme pulmonaire est exploré sous sa couverture *de visu* et *de tactu* avec la plus grande facilité, et les résultats ainsi fournis sont d'une netteté vraiment surprenante.

Ces données anatomiques bien précises venant confirmer mes faits cliniques précédents, j'ai pu mettre en pratique avec le succès le plus complet ma méthode dans le cas suivant.

Un homme de soixante ans entre le 23 octobre dans le service de mon distingué collègue à la Maison Municipale de santé, M. le Dr Roger, qui reconnaît une gangrène pulmonaire du lobe moyen du poumon droit, consécutive à une pneumonie.

Après avoir judicieusement traité pendant quinze jours ce malade par des moyens médicaux, M. Roger devant la gravité des accidents de septicémie progressivement croissants, et devant les hémoptysies successives très abondantes qui menaçaient d'emporter le malade me pria de l'examiner le 5 novembre. Je trouvai un homme profondément anémié, ayant une température oscillant chaque jour de 37,5 à 40, le pouls mou, dépressible, et très rapide, l'haleine d'une fétidité repoussante, et tous les signes d'une infection de la plus haute gravité. L'auscultation et la percussion indiquaient la présence d'une excavation siégeant vers le 1/3 moyen du poumon droit; la fétidité de l'expectoration et l'examen bactériologique des crachats, qui révèle la présence de streptocoque, de staphylocoque et de pneumobacilles, ne laissaient aucun doute sur la nature gangréneuse de l'affection. Je pensai qu'une intervention seule pouvait mettre un terme à cette infection d'origine pulmonaire.

Le 7 novembre 1895, le malade endormi et couché sur le côté gauche, un coussin sous le flanc, je pratique une incision de 10 centimètres dans le 8e espace intercostal droit, au point exact où les signes cliniques localisaient le foyer. Après avoir incisé les muscles intercostaux, je mets à nu la plèvre pariétale dans toute l'étendue de mon incision, et je la libère exactement des fibres des intercostaux qui semblent s'insérer à sa surface. Je vois le poumon chevauchant normalement sous cette plèvre pariétale et présentant sa couleur habituelle. Je décollai alors la plèvre pariétale du bord inférieur de la 8e côte, puis de sa face interne de son bord supérieur avec un peu plus de difficulté, au niveau des bords de la côte qu'au niveau de sa face.

La plèvre pariétale s'accole sur la plèvre viscérale; je réséque la 8e côte, pour me donner plus de jour, sur une étendue de 5 centimètres, et continuant ensuite le décollement, j'arrive à isoler une étendue de plèvre égale à la largeur entière de ma main.

Pendant tout ce temps, le poumon est facilement exploré. Entre les doigts, il est mou, souple, sans aucune inégalité de consistance. Alors, en continuant cette séparation pleuro-pariétale vers la partie supérieure de mon incision, j'ai brusquement la sensation d'une consistance ferme, dure, et complètement différente du reste de la surface pulmonaire. J'en conclus que c'est là le siège de la lésion, et réséquant le haut de la 8e côte dans une étendue de 7 centimètres, j'isole sur les parties latérales cette partie indurée qui est jaunâtre, et dont je puis facilement limiter l'étendue, la forme et les connexions. Je vois que les deux feuillets de la plèvre sont adhérents à son niveau. J'incise alors cette plaque, et après avoir traversé environ 1 centimètre de tissu pulmonaire, je tombe dans une énorme cavité, d'où s'écoule un pus brunâtre infect, de nombreux caillots et des fragments de tissu pulmonaire du volume du pouce; j'avais eu soin, au préalable de protéger mon décollement par de la gaze iodoformée. L'incision pulmonaire est longue de 4 cent. 1/2, elle conduit dans une cavité du volume d'une orange, légèrement anfractueuse, présentant de véritables colonnes. Cette excavation est remplie de gaze iodoformée; de même une mèche est placée dans l'espace sous-pleural décollé et le reste de la plaie est réuni.

Pendant tout ce temps, le malade chloroformé n'a pas eu le moindre trouble circulatoire ou respiratoire, le poumon a continué à fonctionner sous nos yeux suivant son rythme normal, et le champ de l'hématose n'a été réduit que de la dimension de l'espace compris entre le thorax et la plèvre pariétale décollée.

Les suites de l'opération n'ont rien d'intéressant, la température tombe le lendemain, mais l'état général est toujours grave.

La *partie opératoire* de cette observation m'intéresse seule ici. Elle montre quel parti on peut tirer du *décollement de la plèvre* et la supériorité incontestable de ce procédé. Il est certain que je lui dois d'avoir trouvé et ouvert sans aucun danger cette cavité purulente.

Voici le manuel opératoire que je conseille pour la pratique de cette opération.

1er temps: Le malade étant *chloroformé* et bien placé, après avoir marqué le point où les signes physiques ont permis de localiser le foyer, pratiquer une incision de l'espace intercostal et en plein milieu de cet espace, point où la plèvre pariétale est le plus facilement décolable. L'hémostase sera faite d'une façon rigoureuse pour ne pas être gêné ultérieurement par le sang.

2e temps: Arrivé sur la plèvre pariétale, on l'examine et on la libère parfaitement de toutes les fibres musculaires qui peuvent lui adhérer. Si les lésions paraissent ne pas siéger à ce niveau, on décolle cette plèvre avec précaution au niveau des bords supérieurs et inférieurs des côtes sus et sous-jacentes. La côte étant bien dénudée avec l'aide de la rugine, on résèque le nerf intercostal, on pince les vaisseaux artère et veine intercostales, et on détache avec le costotome une portion plus ou moins considérable de la côte.

Le décollement opéré et les deux feuillets de la plèvre venant au contact, on voit le poumon, avec ses aréoles et sa coloration bleuâtre, se mouvoir dans un mouvement alternatif de montée et de descente.

Plus ce décollement est considérable, plus il est facile de palper le poumon jusque dans ses profondeurs, mais cette palpation profonde ne me paraît pas nécessaire à la découverte des foyers morbides qui sont en général périphériques.

Cette zone d'exploration est très grande; on n'a pas seulement décollé la plèvre sur l'étendue de la surface mise à nue par la résection costale.

Cette zone d'exploration peut être très grande. On ne décolle pas seulement la plèvre sur la surface mise à nu par la résection costale, mais la main s'insinuant sous la voûte costale, détachant de la paroi costale la plèvre que le retrait partiel du poumon attire en dedans, peut remonter sur la hauteur de deux ou trois espaces intercostaux, ou filer très loin le long de la face profonde de la côte.

Je comparerai volontiers le pneumothorax partiel ainsi créé à une chambre voûtée dont le plancher est formé par la plèvre, la voûte par le gril costal. Une ouverture pratiquée dans le plafond permet de voir et d'explorer l'intérieur; cette ouverture, c'est la brèche de la côte réséquée.

3e temps. On s'arrête dans ce travail de décollement quand on a trouvé sur le poumon un point dont la consistance et l'aspect permettent de supposer que là siège le foyer que l'on cherche. Au besoin si l'on est gêné, on peut pratiquer une résection plus considérable des côtes. Arrivé sur le foyer induré, il ne reste plus qu'à l'ouvrir et à protéger la surface décollée contre l'écoulement des liquides du foyer. Un large drainage suffit ultérieurement.

Je n'ai pas la prétention de donner ici un procédé *définitif*, mais celle d'exposer une méthode nouvelle basée sur une idée directrice que j'ai suivie depuis plusieurs années, appuyée sur des recherches anatomiques et contrôlée par la clinique. La pleurotomie en un seul temps, l'ouverture large de la cavité pleurale ont leurs indications. Mais la *thoracotomie extrapleurale* me paraît devoir entrer dans la pratique. Je crois que le décollement pleuro-pariétal qui m'a permis de pratiquer une cure radicale de hernie du poumon et une résection du sommet de cet organe est appelé à nous rendre les plus grands services dans certains cas de pneumotomie. Elle constitue *un procédé d'exploration chirurgicale du poumon* bien supérieur à tous ceux qui ont été décrits jusqu'ici; elle permet d'explorer la surface pulmonaire, dans une large étendue, de découvrir des lésions relativement éloignées du point où on les soupçonnait et cela avec une sécurité qu'aucune autre méthode ne donne.

M. Michaux. La question de l'intervention en matière d'hémothorax ne comporte pas une solution unique, et il faut bien distinguer les cas.

Quand il s'agit d'un épanchement sanguin très abondant, s'accompagnant d'accidents immédiats très graves la proportion de morts est considérable, comme on peut s'en assurer en lisant la thèse de Nélaton. Mais il peut se faire aussi que ces épanchements, tout d'abord moins inquiétants, déterminent des accidents progressivement graves, tels que dyspnée, gêne de l'hématose, etc. Ces cas conduisent à intervenir dans les quinze ou vingt premières heures: il faut alors suivre les blessés de très près, sans intervenir d'ailleurs directement.

Quant aux cas de M. Tuffier, ils se rangent parmi les hématomes simples non infectés. L'élévation de la température peut être attribué à une pneumonie traumatique concomitante.

Enfin, il faut tenir compte de certaines indications éloignées tenant à la marche ultérieure de l'hémothorax.

Relativement à la technique opératoire, je dirai que l'exploration ne peut se faire facilement à travers la plèvre incisée. Il faut ouvrir largement, tailler un volet thoracique, et l'on pourra alors tenir véritablement le poumon dans la main, comme je l'ai fait[1].

M. Delorme. Mes observations sur le décollement de la plèvre sont conformes à celles de M. Tuffier. Sur un

1. Voy. *Presse médicale*, 13 nov. 1895, n° 57, p. 456.

1. Voyez *Presse médicale*, 23 octobre 1895, n° 51 *bis*, p. 402 *bis*.

grand nombre de cadavres j'ai essayé de décoller le feuillet pariétal de la plèvre, et j'ai vu que la manœuvre était facile. Les points où la séreuse adhère le plus sont au niveau des bords supérieurs et inférieurs des côtes ou cartilages et surtout du triangulaire du sternum.

M. Lucas-Championnière. J'ai entendu avec plaisir les observations communiquées par M. Tuffier. Il ne faut pas, en effet, intervenir la plupart du temps dans les traumatismes de poitrine, même quand il y a de la température. Les malades guérissent seuls, et le repos suffit à déterminer la formation du caillot qui se résorbe ensuite.

M. Quénu. Personne n'a voulu dire qu'il fallait intervenir en cas d'hémothorax compliqué de fièvre. Si j'ai opéré le malade dont je vous ai donné l'observation [1], c'est parce qu'il s'affaiblissait rapidement et progressivement.

Quant aux hémothorax constitués et stationnaires, ils ne justifient l'intervention que si un examen bactériologique en a démontré la septicité.

En résumé, l'opération n'est à conseiller que si l'on a la certitude que l'épanchement intrapleural ne se limite pas et s'augmente sans cesse. Le cas est assurément exceptionnel.

Appendicite. Intervention. Fistule consécutive. Nouvelle intervention. — M. Routier. Un enfant, opéré pour appendicite, avait conservé une fistule qui de temps à autre donnait lieu à une élimination de pus. Je dilatai la fistule avec une laminaire : des matières fécales apparurent. J'intervins et retirai un appendice perforé et contenant un calcul. En outre, il existait une perforation cæcale que je suturai. Mon petit opéré guérit sans incident. F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

15 novembre 1895.

La digestion stomacale après la gastro-entérostomie. — M. Mathieu. J'ai eu l'occasion d'étudier deux fois l'état de la digestion stomacale chez des malades auxquels M. Chaput avait pratiqué la gastro-entérostomie.

Ces deux faits m'ont permis de faire les remarques suivantes :

La quantité de liquide qui se trouvait dans l'estomac après le repas d'épreuve était au moins égale à la moyenne dans le premier cas, et lui était supérieure dans le second. L'étude de la motricité par le procédé de l'huile a permis de démontrer, dans ce dernier fait, que la quantité de liquide sécrété était à peu près égale à la moyenne physiologique, mais que cet estomac se vidait moins bien qu'un estomac normal, malgré la communication chirurgicalement établie entre sa cavité et celle de l'intestin.

J'ai donc été amené à admettre comme M. Hayem, la persistance du séjour des aliments dans la cavité stomacale dans les deux cas de gastro-entérostomie que j'ai pu étudier, et la persistance de la digestion chlorhydro-peptique.

Il n'en est pas toujours ainsi et dans le fait communiqué par M. Debove à l'Académie de médecine (6 août 1895), la pénétration de la bile dans l'estomac paraissait avoir entravé la digestion par le suc gastrique. La santé générale du malade n'en avait du reste nullement souffert ; l'utilisation des aliments s'étant faite grâce au suc pancréatique.

Les recherches faites par Rosenheim (de Berlin) dans des cas analogues l'ont amené à cette conclusion que la motricité bénéficie plus que la sécrétion lorsqu'on fait la gastro-entérostomie pour remédier à une grande dilatation de l'estomac. Les malades peuvent continuer à prospérer, alors que les qualités chimiques de leur suc vont en s'affaiblissant, pourvu que l'évacuation du contenu stomacal dans l'intestin se fasse convenablement.

L'état de la motricité est certainement ici comme dans beaucoup de cas de dyspepsie plus important que le chimisme. Malgré cela, il n'est pas sans intérêt de constater que le fonctionnement de l'estomac peut n'être pas complètement supprimé par la gastro-entérostomie.

Pyo-pneumo-thorax avec migration du pus vers la région lombaire. — M. Galliard relate l'observation d'un malade atteint de pyo-pneumo-thorax. Le pus, parti de la cavité pleurale droite, migra vers la région lombaire, où il forma un vaste abcès. Cet abcès fut ponctionné ; une communication fut ainsi établie entre la cavité pleurale et l'air extérieur.

Ce fait était intéressant, en raison surtout de cette migration bien anormale suivie par la collection purulente. E. de Massary.

Présentation de malade. — M. Catrin présente un malade atteint de « névrite paludéenne ».

M. Catrin apporte des pièces provenant d'un cas d'adénome du foie ayant évolué chez un homme de vingt ans.

1. Voy. *Presse médicale*, 9 novembre 1895, n° 56, p. CLXIX.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

14 novembre 1895.

Affection de la langue chez un nouveau-né. — M. Porak. Je présente le dessin d'une langue de nouveau-né. Cet enfant est né avant terme et pesait 1,850 gr. Vers le cinquième jour on découvre sur la face dorsale de sa langue des plaques saillantes, très blanches et n'ayant aucune tendance envahissante, tous caractères qui font éliminer le diagnostic de muguet. Je pensai tout d'abord à une lésion épithéliale congénitale. La muqueuse sous-jacente présentait une surface unie et rose. La lésion, depuis le raclage pratiqué dans le but d'un examen microscopique, n'a pas reparu, et cela en l'absence de tout traitement.

L'examen microscopique a révélé dans les produits de raclage l'absence de cellules épithéliales ; mais, il existait des filaments ressemblant à un mycélium et une série d'éléments se développant par bourgeonnement et considérés par M. Straus comme des levures. La culture en a été faite avec succès sur divers milieux.

M. Durante a, depuis, entrepris l'examen bactériologique de la bouche des nouveau-nés du service. Il a trouvé une sarcine et une autre levure ne présentant pas les caractères de la précédente.

En présence de ce fait unique, je n'ose pas affirmer que cette levure est l'élément spécifique d'une nouvelle affection parasitaire.

M. Bar. Je demande des explications sur la façon dont les levures ont été cultivées.

M. Porak. Je ne peux mieux faire que de mettre sous vos yeux les préparations faites par M. Péron.

Lésions vasculaires de l'utérus dans la métrite. — M. Pichevin. Une femme de quarante et un ans, ayant eu déjà 5 accouchements, est prise après une fièvre typhoïde de ménorrhagies et métrorrhagies pendant plusieurs années. Un curettage infructueux a été fait il y a quatre ans. L'examen actuel montre que l'utérus est gros, sans qu'il y ait cependant de grossesse. Les annexes sont intacts. Pendant un nouveau curage, se produit une hémorrhagie grave, inquiétante, et l'hystérectomie est pratiquée.

A l'examen macroscopique, on trouve les parois internes épaissies et la muqueuse non fongueuse.

Le microscope montre comme lésions vasculaires la multiplication considérable des vaisseaux, l'augmentation de leur calibre et l'altération des tuniques épaisses. Les capillaires sont élargis et les lymphatiques augmentés de volume.

Le maximum des lésions porte sur les couches moyennes de l'utérus. Le tissu conjonctif est épaissi et les faisceaux fibreux volumineux. Il y a, de plus, une disparition partielle de la fibre musculaire.

On ne peut comparer ce fait aux lésions vasculaires survenant pendant la puerpéralité. Il faut plutôt le rapprocher d'un cas de métrite signalé par M. Quénu et dans lequel le chorion s'était transformé en un tissu caverneux comme des hémorrhoïdes.

Infection péritonéale post-opératoire [1]. — **MM. Pichevin** et **A. Petit.** Une péritonite aiguë se déclare à la suite de l'écoulement du muco-pus contenu dans l'utérus (hystérectomie abdominale totale pour fibrome). Deux jours après l'opération, examen d'une goutte de pus trouvée sur une pince qui étreignait un ligament large. Beaucoup de cocci de 1 μ ; quelques chaînettes de 3-4 éléments ; rares diplocoques. Ouverture *immédiate* du ventre, malgré l'apyrexie et le peu de fréquence des pulsations, 84. Péritonite généralisée, fausses membranes rares, vascularisation et dilatation de l'intestin, stagnation d'une sérosité sale ; lavage, 20 litres d'eau boriquée et d'eau salée. Guérison. Le pus pris sur la pince et dans la cavité abdominale contenait exclusivement des staphylocoques blancs et a servi à faire des expériences sur des souris, des cobayes et des lapins.

Comme l'ont établi Weyner et Pawlosky il existe beaucoup de germes pathogènes quand on ne trouve pas de lésions macroscopiques dans le péritoine. L'infection suraiguë ne laisse pas de traces. La péritonite purulente est une péritonite atténuée. Voici le résultat de nos conclusions :

1° L'injection du pus péritonéal ou d'une culture pure de staphylocoques blancs dans bouillon étendu d'eau ne produit pas de péritonite (Grawitz, Reichel, Orth, Waterhouse, Burjinsky, contrairement à Pawlosky) ;

2° L'injection de staphylocoques et de sang dans le cœlome donne naissance à une péritonite mortelle en quatorze jours ;

3° Si l'on gratte le péritoine, si on l'irrite avec de la térébenthine, l'injection de staphylocoques et de sang tue le lapin en cinq jours ;

4° Toute lésion péritonéale un peu étendue ne détermine pas *fatalement* l'éclosion d'une péritonite, comme l'a dit Grawitz, si on injecte dans la cavité péritonéale du sang et des microbes pathogènes ;

5° Les lésions péritonéales favorisent certainement le développement de la péritonite, mais elles ne semblent pas être indispensables à la genèse de l'infection péritonéale ;

6° Le péritoine se défend mieux contre l'invasion des staphylocoques que ne le fait le tissu cellulaire (abcès de la paroi sans péritonite) ;

7° La virulence des staphylocoques s'accroît singulièrement par le passage successif sous la peau de deux cobayes et d'un lapin ;

8° L'injection de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le cœlome produit une inflammation péritonéale ;

9° L'injection de sang et de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le péritoine tue les animaux en moins de vingt heures. La péritonite est déjà intense quatre heures après l'opération. Ces résultats confirment ceux de Burjinsky et expliquent peut-être les divergences signalées entre Grawitz et Pawlosky. Nos staphylocoques provenant du pus péritonéal de notre malade introduits dans le cœlome disparaissaient et étaient inoffensifs. Ces mêmes germes pathogènes, *après différents passages*, produisent une péritonite très manifeste ;

10° Contrairement à ce qu'avance Bumm, la péritonite post-opératoire est contagieuse ; elle peut être soit à staphylocoques, soit à streptocoques exclusivement, soit à microbes multiples et variés.

11° Le gravité et la rapidité de l'infection et de la mort dépendent du milieu de culture, de l'étendue des lésions péritonéales et *surtout* du degré de virulence des germes pathogènes. Des staphylocoques, suivant leur virulence, peuvent tuer les animaux en quatorze jours, en cinq jours, en moins de vingt heures.

La symptomatologie de la septicémie péritonéale post-opératoire est variable. On pourrait décrire plusieurs formes. Une suraiguë tuant en moins de vingt-quatre heures et se manifestant par une élévation thermique considérable, du délire précoce, un ballonnement rapide du ventre et une grande rapidité du pouls. C'est l'exception. Ordinairement, les choses ne se passent pas ainsi. La terminaison fatale a lieu en trois, quatre et cinq jours. La température ne donne qu'une fausse sécurité. Souvent, il n'y a pas de fièvre. Le thermomètre ne dépasse pas 37°,5 le dernier jour. Au contraire, la fréquence du pouls est un signe précieux pour le diagnostic, surtout quand les pulsations vont en augmentant de douze en douze heures, atteignent rapidement 120 et arrivent à 140-160. Cependant dans 2 cas, le pouls ne battait pas plus de 90, mais il y avait dissociation du pouls et de la respiration. Celle-ci est ordinairement fréquente (35-40), parfois irrégulière. Les vomissements qui, après avoir cessé, reprennent le deuxième jour sont de mauvais augure. Il faut signaler le ballonnement du ventre qui n'est pas souvent considérable. La barre épigastrique est fréquemment la preuve de l'extension péritonéale à la partie supérieure de l'abdomen. L'agitation, le délire qui, parfois sont des signes du début indiquent la gravité de la situation. Enfin, il faut insister avant tout sur le facies des malades qui, dans la majorité des cas, ne trompe guère. Très rapidement, les yeux sont excavés, le nez pincé ; bref le facies péritonéal est des plus nets. Somme toute, il n'y a pas de signes pathognomoniques, mais la réunion des signes indiqués plus haut et la marche des phénomènes sont suffisants pour permettre de porter le diagnostic. Dès que celui-ci sera établi, on interviendra. Le collapsus est une contre-indication opératoire.

Traitement : Il est inutile d'insister sur la prophylaxie, sur l'antisepsie, sur les soins à donner au péritoine quand il est subitement infecté par une poche purulente rompue. L'hémostase doit être parfaite.

Le lavage péritonéal est une ressource suprême. Des expériences sur cette question avaient été faites en 1767 par un chirurgien français ; Herlin Netter, avait préconisé avec une conviction d'apôtre ce moyen héroïque qui a été étudié par Mosimann en 1881. Grâce à cette pratique, Bouilly a sauvé 50 pour 100 de malades atteints de péritonite généralisée. Rioblanc a fait une statistique portant sur des infections post-opératoires et donnant 75 pour 100 de guérisons.

L'opération doit être faite rapidement. On fera passer dans le péritoine 20 litres d'eau salée ou d'eau boriquée. Bouilly, dans certains cas, a injecté du sublimé à 1 pour 100. Delbet injecte d'abord de l'eau salée, puis du sublimé, enfin, de l'eau salée ou boriquée.

Mercier.

1. Les lecteurs que cette question toute d'actualité intéresse en trouveront l'exposé in : F. Jayle, *La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire*. Thèse, Paris, mai 1895. (G. Carré, éditeur.) N. D. L. R.

BIBLIOGRAPHIE

E. Charon et G. Gevaert. — *Chirurgie infantile. Cliniques et observations.* 1 vol in-8° raisin, de 584 pages, avec figures cart. à l'anglaise. Prix : 15 fr. (Georges Carré, éditeur).

S.-A. Knopf. — *Les Sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire.* 1 vol. in-8° raisin, de 240 pages, avec figures et planches hors texte. Prix : 6 fr. (Georges Carré, éditeur).

Albert Weil. — *Le courant continu en gynécologie*, in-8° raisin de 150 pages (G. Steinheil, éditeur).

Belle occasion : SAPPEY, *Traité d'anatomie descriptive*. 4e et dernière édit., 4 v. in-8° avec 963 fig. : au lieu de 65, net 25 fr. franco. SAPPEY, *Traité d'anatomie générale*, comprenant l'étude des tissus et des éléments, 1 v. in-8° avec 285 fig. : au lieu de 25, net 6 fr. franco. Les deux ouvrages pris ensemble : 30 fr. franco pour la France, la Belgique, la Suisse et l'Allemagne ; pour les autres pays 32 fr., envoi contre mandat postal à la *Librairie Vigot frères, 10, rue Monsieur-le-Prince, Paris.*

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

© *L. PAUTAUBERGE*, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.

SIROP ET GRANULES CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE ET GOUDRON

DOSES : Adultes, une cuillerée à bouche ou 2 granules matin et soir, 1 h. avant ou 2 h. après les repas.

PARIS, 22, Rue des Saints-Pères et Pharmacies.

PUISSANT RÉPARATEUR Quintuplant les Forces vitales. **Kola-Bâh-Natton** SEULE EXPÉRIMENTÉE AVEC SUCCÈS DANS LES HOPITAUX

Élixir, Vin, Pastilles, Extrait Fluide Kola-Bâh Granulée

ANTIDÉPERDITEUR, Régulateur du Cœur. 32, R Bons-Enfants, Paris ET PHARMACIES.

PHTISIE Traitement préventif et curatif par **Iode** à dose intensive et **Phosphates**

INNOCUITÉ COMPLÈTE

au moyen des **VINS** et **PILULES IODO-PHOSPHATÉS** du Dr FOY

Expérimentés depuis 1891, à l'Hôpital de Villepinte. — Brochre franco.

JOLLY, 64, Faubourg Poissonnière, PARIS

CHLORO-ANÉMIE · CONVALESCENCES

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER & QUASSINE CRISTALLISÉE

LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

CARBONATE de CRÉOSOTE Marque **"GRIFFON"** GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

Le **CARBONATE** de **CRÉOSOTE** et le **CARBONATE** de **GAÏACOL** *(Marque "GRIFFON")*

N'irritent pas, comme la **Créosote** et le **Gaïacol**, les *voies digestives*, et sont facilement supportés par tous les malades.

TUBERCULOSE, BRONCHITES CHRONIQUES, PLEURÉSIE, etc.

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

EXIGER la MARQUE **"GRIFFON"**

CARBONATE de GAÏACOL Marque **"GRIFFON"** GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

VIN NOURRY

IODOTANÉ

Exactement titré à. . . . { 0.05 d'Iode..... / 0.10 de Tanin..... } par cuillerée à soupe.

LE MEILLEUR MOYEN D'ADMINISTRER L'IODE

Succédané des Iodures et de l'Huile de Foie de Morue.

Lymphatisme, Anémie, Aménorrhée, Affections pulmonaires

PARIS, 28, Rue Saint-Claude et toutes les Pharmacies.